

УДК 616.33/.34-002.44-005.2-053.2:613.954/.956

С.О. Сокольник

## БІОЛОГІЧНІ ТА СОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ІЗ ШЛУНКОВО-КИШКОВИМИ КРОВОТЕЧАМИ ПРИ ВИРАЗКОВІЙ ХВОРОБІ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

**Резюме.** У статті представлено аналіз основних компонентів соціального та біологічного анамнезів дітей, хворих на ускладнену шлунково-кишковою кровотечею та неускладнену виразкову хворобу. Встановлено, що в пацієнтів із шлунково-кишковою кровоте-

чею вірогідно частіше відмічається наявність несприятливих соціально-біологічних факторів.

**Ключові слова:** діти, шлунково-кишкова кровотеча, виразкова хвороба, біологічний та соціальний анамнези.

**Вступ.** Однією з вагомих складових комплексної всебічної оцінки хворого є добре зібраний та проаналізований анамнез, оскільки він наполовину визначає правильність діагнозу та допомагає зрозуміти й пояснити ті чи інші клінічні прояви з урахуванням несприятливого біологічного, соціального, генеалогічного анамнезів [2]. Доведено, що ефективно зібраний анамнез дозволяє здійснити своєчасний та адекватний терапевтичний підхід [4].

Тому, вивчення різних аспектів, що сприяють виникненню шлунково-кишкових кровотеч (ШКК) у цілому та при виразковій хворобі шлунка й дванадцятипалої кишки (ВХ) у дітей, є одним із актуальних завдань дитячої гастроентерології та дитячої хірургії, що зумовлено перш за все зростанням частоти виникнення ускладнень захворювання [3]. Детальний аналіз анамнезів дозволяє виділити провідні компоненти мультифакторного захворювання, яким є ВХ, прослідкувати наявність нормальної чи патологічної ознаки у родичів, спрогнозувати ймовірність розвитку патології в поколінні або розвитку ускладнень захворювання в конкретного хворого [1].

**Мета роботи.** Оцінити біологічний та соціальний анамнези в дітей Чернівецької області, хворих на ускладнену шлунково-кишковою кровотечею виразкову хворобу, з виділенням визначальних факторів ризику розвитку кровотечі.

**Матеріал і методи.** З дотриманням принципів біоетики та підписання інформованої згоди пацієнта проведено комплексне клінічно-параклінічне обстеження 72 дітей, хворих на ускладнену ШКК і неускладнену ВХ, та 30 здорових дітей, віком 7-18 років, що проживають у Чернівецькій області та м. Чернівці. Групи спостереження були репрезентативні за віком, статтю та місцем проживання ( $p > 0,05$ ). Верифікація клінічного діагнозу проводилася відповідно до протоколів лікування дітей за спеціальністю «Дитяча гастроентерологія». Ступінь тяжкості кровотечі та його стійкість оцінювали за класифікацією S. A. Forrest et al. (1974 р., активна кровотеча (FIA, FIB); кровотеча, що відбулася (FIIA, FIIB, FIIC, FIID)) та показниками загального аналізу крові і коагулограми. Пацієнти були розподі-

лені на дві клінічні групи: I (24 дитини) – діти зі ШКК різної активності та ступеня тяжкості, які перебували на лікуванні в хірургічному та гастроентерологічних відділеннях дитячих лікарень м. Чернівці, II (48 дітей) – хворі на неускладнену ВХ, які перебували на лікуванні в гастроентерологічних відділеннях лікарень.

З метою виділення значущих біологічно-соціальних факторів виникнення ШКК нами проведено анкетування дітей та їх батьків, аналіз даних історії розвитку дитини з вивченням: 1) біологічного анамнезу (вік батьків, стан їх здоров'я, яка по рахунку вагітність, особливості перебігу вагітності, пологів, періоду новонародженості, розвиток дитини до хвороби, наявність інших хронічних захворювань, перенесені захворювання, травми тощо); 2) соціального анамнезу (повнота родини, освіта, професія батьків, наявність шкідливих звичок, матеріальне положення родини, особливості виховання, стосунки між батьками, стосунки дитини з членами родини, санітарно-гігієнічні та побутові умови). Результати дослідження статистично оброблені за допомогою пакетів комп'ютерних програм «Statistica» for Windows 8.0.0. (SPSS I.N.C.; 1989-1997), «STATISTICA V.6.0» (Stat Soft Inc; 1984-1996).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Розглядаючи ВХ як мультифакторне захворювання, у розвитку якого відіграє значну роль генетична схильність, ми вивчали окремі показники взаємодії факторів на основі вивчення біологічного, соціального та генеалогічного анамнезів.

Аналіз біологічного анамнезу дітей груп спостереження показав, що середній вік матерів на момент вагітності даною дитиною склав ( $27,8 \pm 3,7$ ) років у дітей основної групи та ( $23,3 \pm 3,4$ ) років у осіб групи порівняння ( $p > 0,05$ ). Найвищий показник зареєстровано в I клінічній підгрупі ( $(29,3 \pm 2,8)$  років), тоді як у дітей II клінічної підгрупи він становить ( $26,4 \pm 3,3$ ) років ( $p > 0,05$ ). Середній вік батьків у групах спостереження вірогідно не вирізнявся, однак у I клінічній підгрупі він був дещо більшим ( $(29,8 \pm 2,6)$  років), ніж у II клінічній групі ( $(26,4 \pm 3,3)$  років) та в групі здорових осіб ( $(24,2 \pm 2,6)$  років),  $p > 0,05$ .

36,1 % матерів, хворих на ВХ, дітей мали обтяжений акушерсько-генеалогічний анамнез та лише 16,7 % матерів дітей групи порівняння ( $t=2,20$ ,  $p<0,05$ ). Порівняльний аналіз даного показника в клінічних підгрупах хворих показав, що в матерів дітей із ШКК він удвічі вищий за такий у матерів, хворих із неускладненою ВХ (54,2 % та 27,1 % відповідно,  $t_{\Phi}=2,22$ ,  $p<0,05$ ). Ускладнений перебіг вагітності відмічено у 58,3 % породіль дітей основної групи та в 36,7 % - групи порівняння ( $t=2,05$ ,  $p<0,05$ ). Слід зазначити, що в матерів дітей із ШКК, на відміну від матерів підгрупи дітей із неускладненою ВХ, частіше відмічали загрози переривання вагітності, аномалії пологової діяльності, фетоплацентарну недостатність (70,8 % проти 52,1 % відповідно,  $t_{\Phi}=1,57$ ,  $p>0,05$ ).

Лише 33,3 % дітей основної групи знаходилося на природному вигодовуванні, що у 2,3 раза рідше, ніж у групі порівняння (76,7 %),  $t=4,56$ ,  $p<0,05$ . Причому вірогідно нижчий цей показник у пацієнтів І клінічної підгрупи порівняно з ІІ клінічною підгрупою (45,8 % та 77,1 % відповідно,  $t_{\Phi}=2,60$ ,  $p<0,05$ ). Порушення вигодовування у вигляді недостатньої тривалості годування груддю вірогідно частіше діагностовано в дітей основної групи порівняно зі здоровими ( $t=2,58$ ,  $p<0,05$ ). Серед хворих на ВХ на грудному вигодовуванні до трьох місяців знаходилося 61,5 % дітей І клінічної підгрупи та 27,3 % дітей ІІ клінічної підгрупи ( $t_{\Phi}=1,72$ ,  $p>0,05$ ); до шести місяців – 23,1 % та 45,5 % ( $t_{\Phi}=1,12$ ,  $p>0,05$ ), до року – лише 15,4 % та 27,3 % осіб відповідно ( $t_{\Phi}=0,68$ ,  $p>0,05$ ).

В 1,8 раза частіше в дітей основної групи виявлено порушення функціонування системи «мати-дитина» порівняно зі здоровими (47,2 % та 26,7 %,  $t=2,06$ ,  $p<0,05$ ) за рахунок дітей із ШКК (66,7 % та 37,5 %,  $t_{\Phi}=2,42$ ,  $p<0,05$ ).

З історії розвитку дитини встановлено, що майже з однаковою частотою діти обох груп (31,9 % та 36,7 %,  $t=0,46$ ,  $p>0,05$ ) перехворіли дитячими інфекційними хворобами (кір, вітряна віспа, епідемічний паротит). Вірогідної різниці між підгрупами хворих дітей не виявлено ( $t=0,98$ ,  $p>0,05$ ). Однак в анамнезі перенесені кишкові інфекції вдвічі частіше діагностували в дітей І клінічної групи, на відміну від осіб ІІ клінічної групи (54,2 % та 22,9 %,  $t_{\Phi}=2,60$ ,  $p<0,05$ ) та в 3,2 раза порівняно зі здоровими (16,7 %,  $t_{\Phi}=3,02$ ,  $p<0,05$ ). Вірогідної різниці в частоті виникнення гострих респіраторних захворювань в анамнезі між дітьми порівнювальних груп (77,8 % та 73,3 %,  $t=0,47$ ,  $p>0,05$ ) та клінічних підгруп не виявлено (79,2 % та 77,1 %,  $t_{\Phi}=0,20$ ,  $p>0,05$ ). Хронічні вогнища інфекції (тонзиліт, аденоїди, каріозні зуби) діагностовано у 36,1 % хворих та в 16,7 % здорових дітей ( $t=2,20$ ,  $p<0,05$ ) з незначним переважанням в осіб І клінічної підгрупи (45,8 % та 31,2 %,  $t_{\Phi}=1,18$ ,  $p>0,05$ ). Крім того, виявлено, що 23 дитини основної групи (12 осіб (50,0 %) – діти І клінічної підгрупи, 11 (22,9 %) –

дітей – пацієнти ІІ клінічної підгрупи,  $t_{\Phi}=2,25$ ,  $p<0,05$ ) курили, тоді, як у групі порівняння таких дітей не було.

У дітей основної групи у 3,2 раза частіше, ніж серед дітей групи порівняння, траплялися соціальні фактори ризику (несприятливі сімейно-побутові та соціально-психологічні). Порівняльний аналіз соціальних факторів у дітей основної групи показав, що переважна більшість пацієнтів обох клінічних підгруп проживають у повних сім'ях, однак, у І підгрупі частка неповних родин більша (33,3 % та 10,4 %,  $t_{\Phi}=2,13$ ,  $p<0,05$ ).

У підгрупі дітей із ШКК, на відміну від хворих на неускладнену ВХ, діагностовано вірогідно вищу вираженість таких соціальних факторів, як: погані матеріально-побутові умови ( $t_{\Phi}=2,06$ ,  $p<0,05$ ), несприятливий сімейний клімат (конфлікти в родині, жорстоке ставлення, нерозуміння, байдужість, виховання за принципом емоційного відторгнення та покарання або гіперпротекції та егоцентричного виховання, шкідливі звички батьків) -  $t_{\Phi}=2,22$ ,  $p<0,05$ .

Отже, проведений аналіз біологічного та соціального анамнезу обстежених дітей показав переважання змін у хворих із більш виразнішими змінами в осіб з ознаками ШКК.

### Висновок

У дітей із шлунково-кишковою кровотечею при виразковій хворобі спостерігаються вірогідно значущі відхилення біологічного та соціального анамнезів, сукупність несприятливих ознак яких свідчить про збільшення ризику розвитку ускладненого перебігу виразкової хвороби. Виділення основних соціально-біологічних факторів ризику (вік матері під час вагітності, несприятливий перинатальний період, порушення функціонування системи «мати-дитина», штучне вигодовування, несприятливий сімейний клімат тощо) дозволить розробити адекватну тактику лікувально-профілактичних заходів для запобігання рецидиву розвитку захворювання та його ускладнення – шлунково-кишкової кровотечі, у конкретної дитини.

### Література

1. Волков А.И. Хронические гастродуодениты и язвенная болезнь у детей / А.И. Волков // Дет. гастроэнтерол. 2012: сб. лекций участников науч.-практ. конф. – Казань, 2012. – С. 15-36.
2. Жирнов В.А. Значение особенностей акушерского, семейного анамнеза и анамнеза жизни в развитии бронхиальной астмы у детей / В.А. Жирнов, Е.А. Балашова // Соврем. исследов. соц. проблем. – 2012. – № 10 (18). – С. 46-51.
3. Крылов Н.Н. Кровотечения их верхних отделов пищеварительного тракта: причины, факторы риска, диагностика, лечение / Н.Н. Крылов // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2001. – № 2. – С. 76-86.
4. Резцова Е.Ю. Анализ генеалогического, акушерско-биологического и социального анамнезов дошкольников с речевыми нарушениями / Е.Ю. Резцова, А.М. Черных // Нов. исследования. – 2010. – Т. 1, № 22. – С. 55-62.

**БИОЛОГИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ  
С ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ПРИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ*****С.О. Сокольник***

**Резюме.** В статье представлен анализ основных компонентов социального и биологического анамнезов детей с язвенной болезнью, осложненной желудочно-кишечным кровотечением и неосложненной. Установлено, что у пациентов с желудочно-кишечным кровотечением достоверно чаще отмечается наличие неблагоприятных социально-биологических факторов.

**Ключевые слова:** дети, желудочно-кишечные кровотечения, язвенная болезнь, биологический и социальный анамнезы.

**BIOLOGICAL AND SOCIAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH  
GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PEPTIC ULCER*****S.O. Sokolnyk***

**Abstract.** The paper presents an analysis of the main components of social and biological histories of children with peptic ulcer complicated by gastrointestinal bleeding and uncomplicated one. It was found that patients with gastrointestinal bleeding had significantly more frequent presence of adverse social and biological factors.

**Key words:** children, gastrointestinal bleeding, peptic ulcer disease, biological and social history.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Рецензент – проф. Т.В. Сорокман

Buk. Med. Herald. – 2015. – Vol. 19, № 2 (74). – P. 183-185

Надійшла до редакції 09.04.2015 року